



N° 3 127872935-0

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |   |                        |   |   |   |   |   |                     |                  |   |   |   |   |   |   |      |   |                                    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|------|---|------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Z                  | A | M                      | O | R | A | N | O |                     |                  | Z | A | M | O | R | A | N    | O |                                    |  | G | A | B | R | I | E | L | A | F   | R | A | 1 | 7 | 8 | 5 | 1 | 5 | 4 | - | K |
| APELLIDO PATERNO   |   |                        |   |   |   |   |   |                     | APELLIDO MATERNO |   |   |   |   |   |   |      |   | NOMBRES                            |  |   |   |   |   |   |   |   |   | RUN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                  | 2 | 0                      | 3 | 2 | 0 | 2 | 6 | 1                   | 2                | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 6 | 3    | 4 | F                                  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FECHA OTORGAMIENTO |   |                        |   |   |   |   |   | FECHA INICIO REPOSO |                  |   |   |   |   |   |   | EDAD |   | SEXO                               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                  | 2 | D                      | O | S |   |   |   |                     |                  |   |   |   |   |   |   |      |   | Documento firmado electrónicamente |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nº DE DÍAS         |   | Nº DE DÍAS EN PALABRAS |   |   |   |   |   |                     |                  |   |   |   |   |   |   |      |   | FIRMA TRABAJADOR                   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA NACIMIENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### A.3 TIPO LICENCIA

|  |                                          |  |                                          |  |  |
|--|------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--|
|  | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN         |  | 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA         |  |  |
|  | 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL   |  | 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO |  |  |
|  | 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |  | 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL               |  |  |
|  | 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO               |  |                                          |  |  |

  

|                         |   |                  |                          |   |                  |
|-------------------------|---|------------------|--------------------------|---|------------------|
| RECUPERABILIDAD LABORAL | 1 | 1 = SI<br>2 = NO | INICIO TRAMITE INVALIDEZ | 2 | 1 = SI<br>2 = NO |
|-------------------------|---|------------------|--------------------------|---|------------------|

  

|                                            |                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | DÍA | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | MES | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | AÑO |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

  

|              |                                                                                                                                                                   |          |                                                                                  |                  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| HORA MINUTOS | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | TRAYECTO | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | 1 = SI<br>2 = NO |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|

  

|                        |                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | MES | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | AÑO |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA  
B = TARDE  
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO  
2 = HOSPITAL  
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Freire 1595 1401,

Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-32609378

## A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D E L V A L L E          | B A E Z A               | I G N A C I O E S T E | 1 7 3 4 3 4 6 3 - 4                                                                                                                                                                                                |
| APELLIDO PATERNO         | APELLIDO MATERNO        | NOMBRES               | RUN                                                                                                                                                                                                                |
| Número colegio médico    |                         | MEDICINA GENERAL      |                                                                                                                                                                                                                    |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO      | ESPECIALIDAD          | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 5px;"> 1 = MÉDICO<br/> 2 = DENTISTA<br/> 3 = MATRÓN </div> |
| 97735804/                | Freire 1445, Concepción |                       | <i>Documento firmado electrónicamente</i>                                                                                                                                                                          |
| TELÉFONO/FAX             | DIRECCIÓN               | FIRMA PROFESIONAL     |                                                                                                                                                                                                                    |

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

**TRABAJADOR SECTOR PUBLICO:** Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

**TRABAJADOR INDEPENDIENTE:** Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

**TRABAJADOR DEPENDIENTE:** Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 127872935-0

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

## ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.

1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.

2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.

3 = CONSTRUCCION.

4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.

5 = COMERCIO.

6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.

7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.

8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.

9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

## OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.  
12 = PROFESOR.  
13 = OTRO PROFESIONAL.  
14 = TECNICO.  
15 = VENDEDOR.  
16 = ADMINISTRATIVO.  
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.  
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.  
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

## C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

## REGIMEN PREVISIONAL

|                      |                                          |
|----------------------|------------------------------------------|
| REGIMEN REVISIONAL   |                                          |
| 2                    | 1= D.L. 3501 INP.<br>2= D.L. 3500 A.F.P. |
| CÓDIGO               | 2 9                                      |
|                      | LETRA (CAJA PREV)                        |
| NOMBRE               |                                          |
| INT. PREV. PLANVITAL |                                          |

## CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.  
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

## SEGURO DE DESEMPLEO

|                                 |                                       |                  |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Trabajador afiliado a AFC       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1 = SI<br>2 = NO |
| Contrato de duración indefinida | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1 = SI<br>2 = NO |

## ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

|                                                                                                                                                           |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</b>                                                                                                                 |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> C                                                                                                                                | A = SERVICIO DE SALUD<br>B = ISAPRE<br>C = C.C.A.E.<br>D = EMPLEADOR |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  | E = SERVICIO DE SALUD<br>F = MUTUAL<br>G = INP<br>H = EMPLEADOR      |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L O S    A N D E S <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</span> </div> |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Licencia Médica**  
**Otorgada para cotizante FONASA**  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 127872935-0

**CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.  
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

| CÓDIGO<br>INSTITUCIÓN<br>PREVISIONAL | MES AL CUAL<br>CORRESPONDEN LAS<br>REMUNERACIONES |      |         | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A<br>UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) |                                                                          | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD<br>LABORAL |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
|                                      |                                                   |      |         | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA<br>TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y<br>PUBLICOS                                                       | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES<br>PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO                               | Nº DÍAS |
|                                      | MES                                               | AÑO  | Nº DÍAS |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      | A                                                 |      |         | B                                                                                                                           | C                                                                        | D                                   | E       |
| 29                                   | 12                                                | 2025 | 30      | \$ 0                                                                                                                        | \$ 1.762.644                                                             | \$ 0                                | 0       |
| 29                                   | 01                                                | 2026 | 30      | \$ 0                                                                                                                        | \$ 1.602.404                                                             | \$ 0                                | 0       |
| 29                                   | 02                                                | 2026 | 30      | \$ 0                                                                                                                        | \$ 1.698.073                                                             | \$ 0                                | 0       |
|                                      |                                                   |      |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |      |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |      |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |

% DESAHUCIO

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

| CÓDIGO<br>INSTITUCIÓN<br>PREVISIONAL | MES AL CUAL<br>CORRESPONDEN LAS<br>REMUNERACIONES |     |         | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A<br>UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) |                                                                          | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD<br>LABORAL |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
|                                      |                                                   |     |         | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA<br>TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y<br>PUBLICOS                                                       | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES<br>PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) |                                     |         |
|                                      | MES                                               | AÑO | N° DÍAS |                                                                                                                             |                                                                          | MONTO                               | Nº DÍAS |
|                                      | A                                                 |     |         | B                                                                                                                           | C                                                                        | D                                   | E       |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |
|                                      |                                                   |     |         |                                                                                                                             |                                                                          |                                     |         |

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

**C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

|   |                  |
|---|------------------|
| 2 | 1 = SI<br>2 = NO |
|---|------------------|

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

| TOTAL DIAS | DESDE |     |     | HASTA |     |     |
|------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|            | DIA   | MES | AÑO | DIA   | MES | AÑO |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 127872935-0

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico  
Fecha Otorgamiento : 12-03-2026 12:27 hrs.  
Entidad que se pronuncia : FONASA  
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Del Valle Baeza, Ignacio Esteban  
Rut : 17343463-4  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 97735804

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ZAMORANO ZAMORANO, GABRIELA FRANCISCA  
Rut : 17855154-K  
Edad : 34  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 12-03-2026 Lugar : Domicilio  
N° Días : 2 Dirección : Freire 1595 1401, Concepción  
Fecha término : 13-03-2026 Teléfono : 09-32609378  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 13-03-2026 13:40 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 12-03-2026  
Fecha de envío a pronunciamiento : 13-03-2026 13:40 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **127872935-0** y código de verificación: **I-fc486f**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.  
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Artículo 202 del Código Penal.